

¿Por qué hay graduados en Medicina que queremos ser médicos de familia?

Recientemente, se ha publicado un artículo titulado «¿Por qué los graduados en Medicina no quieren ser médicos de familia?»¹ en el que se analiza la elección de plazas de Medicina Familiar según el número MIR y se concluye que esta es una especialidad que no se elige de forma prioritaria y que esta situación ha empeorado en los últimos años.

Aunque es importante hablar sobre los problemas que atraviesa la Atención Primaria en general y la Medicina Familiar en particular, nos parece relevante no olvidar la otra cara de la moneda: que nos preocupa el deterioro de la Atención Primaria por su enorme valor, por el potencial extraordinario que tiene para aportar salud a la población desde los límites del sistema sanitario. Es importante explicitar este valor, que está implícito en la base de los discursos que alertan sobre su deterioro. Alertamos porque hay algo que merece la pena ser defendido, pero este mensaje se desdibuja. Así, la idea que queda cuando se pierden los matices es que la Atención Primaria está mal, que no es capaz de cumplir su función, que no se puede trabajar en estas condiciones, que los hospitales con sus unidades de atención domiciliaria tienen que ir supliendo algunas de nuestras funciones porque no somos capaces de atender adecuadamente a la población...

La Medicina Familiar trabaja con un valor central que es la relación con el paciente y su comunidad, en torno a la cual se articula toda la atención. Esa atención individualizada que mira al paciente como un todo es un tesoro en estos tiempos en los que la medicina está cada vez más parcelada y tecnificada. En una sociedad «líquida» marcada por la inmediatez, la tecnologización y el individualismo, los valores fundacionales de la Atención Primaria enunciados por Starfield², y en concreto la longitudinalidad, entran en conflicto con el marco imperante. Quizá precisamente por esta diferencia adquiere mayor importancia una Medicina Familiar estable, capaz de contener, de sostener y de ir más allá del motivo de consulta; capaz de prevenir y de movilizar recursos de la persona, de trabajar no solo con el individuo, sino también con la comunidad, de defender al paciente de los defectos y los excesos del sistema. El enfoque biopsicosocial de la salud y la enfermedad dentro de la medicina encuentra su ámbito de desarrollo ideal en la Atención Primaria.

Dentro del papel relativamente pequeño que tiene el sistema sanitario en relación con la salud de las personas, la Atención Primaria se encuentra en una situación privilegiada. Los centros de salud están en los barrios y pueblos, constituyéndose en puente de unión entre la comunidad y el sistema sanitario. Ofrecen la posibilidad de un trabajo que trascienda la institución, más cercano a la calle, contextualizando los problemas de los pacientes y vislumbrando las problemáticas que atraviesan al conjunto de nuestra población. Los equipos multidisciplinares de Atención Primaria están llamados a combatir la ley de cuidados inversos formulada por Tudor

Hart en 1971, y que hoy se sigue cumpliendo: «la disponibilidad de una buena atención médica tiende a variar inversamente a la necesidad de la población asistida. Esto [...] se cumple más intensamente donde la atención médica está más expuesta a las fuerzas del mercado»².

El valor de la Medicina Familiar no desaparece pese a los obstáculos, la sobrecarga y el estrés. Lo encontramos materializado día a día en la consulta en la relación con nuestros pacientes y sus familias desde la confianza y pudiendo acompañarlos en ocasiones en momentos de vulnerabilidad. Aprendemos de sus concepciones personales de salud y enfermedad. Pese al desprestigio, es una especialidad desafiante por su inabarcable amplitud y complejidad, preciosa a nuestros ojos. Muchos estudiantes lo vislumbran y lo valoran cuando rotan y muchos residentes lo experimentamos durante nuestra formación, aun con las dificultades existentes.

Somos muchos los graduados en Medicina que hemos querido ser médicos de familia, y muchos los que seguirán queriendo serlo. En palabras de Marina Garcés, hablando de la condición póstuma en la que nos encontramos, «¿por qué, si estamos vivos, aceptamos un escenario post mortem?»³. Quizá sea en esos estudiantes, residentes, médicos jóvenes y médicos que siguen en sus consultas año tras año donde debemos empezar a mirar para construir narrativas que hagan individualmente atractivo lo socialmente deseable.

María Minué-Estirado^a y César Ignacio Montero Borja^b

^a Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud José María Llanos. Unidad Docente Sureste. Madrid (España).

^b Residente de cuarto año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Greco. Unidad Docente Sur. Getafe. Madrid (España).

Correo electrónico:

María Minué Estirado. maria.minue@salud.madrid.org

BIBLIOGRAFÍA

1. Calleja Argudoa S, Martínez González A, Ballesteros Vecina R, Nieves Sanchis MA, Bernad Carbonell F, Ayuso Raya MC. ¿Por qué los graduados en Medicina no quieren ser médicos de familia? Rev Clin Med Fam 2023;16(4):338-43. Doi: doi.org/10.55783/rcmf.160406
2. Starfield B. Primary care: concept, evaluation, and policy. 2. Aufl. New York: Oxford Univ Press; 1992. p. 262.
3. Tudor Hart J. The inverse care law. Lancet. 1971;297(7696):405-12.
4. Garcés M. Nueva ilustración radical. Barcelona: Ed. Anagrama; 2017



El contenido de la Revista Clínica de Medicina de Familia está sujeto a las condiciones de la licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0